

245

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1895, à 1 heure

Par AMAND MALENÇON

Né à Sainte-Mère-Eglise (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LIPOMES INTRA-MUSCULAIRES
DES MUSCLES DE LA VIE DE RELATION

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. KIRMISSON, professeur.
JALAGUIER, DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895

245

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1895, à 1 heure

Par AMAND MALENÇON

Né à Sainte-Mère-Eglise (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES LIPOMES INTRA-MUSCULAIRES
DES MUSCLES DE LA VIE DE RELATION

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.
JALAGUIER, DELBET, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE CAEN

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de médecine opératoire
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Bichat
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LIPOMES INTRA-MUSCULAIRES
DES
MUSCLES DE LA VIE DE RELATION

INTRODUCTION

Notre sujet a pour but l'étude des lipomes intra-musculaires des muscles de la vie de relation et sous ce titre, nous comprendrons seulement toutes les tumeurs lipomateuses développées à l'intérieur d'un des muscles striés qui servent aux fonctions de relation.

Nous aurions voulu étudier le lipome du muscle

strié en général : pour des raisons indépendantes de notre volonté, nous avons été mis dans la nécessité de terminer à très bref délai nos études médicales ; et, par suite, faute de temps, nous avons été obligé de limiter notre sujet à l'étude plus restreinte des lipomes des muscles de relation.

Cette limitation nous permet ainsi d'éliminer toute la classe des lipomes des muscles des fonctions de nutrition. Nous laisserons donc de côté l'étude du lipome lingual, nous contentant seulement de rappeler les noms de Bastien (1), Paget (2), Follin (3) Arnold (4), Guelliot (5), Malon (6), Cauchois (7), Wherry (8), Krausnick (9) Rosenstirn (10). Cette longue liste de travaux prouve d'ailleurs que l'étude du lipome lingual n'est plus à faire maintenant.

Nous tenons encore à écarter de notre sujet le lipome intra-musculaire du cœur : il s'agit là évi-

1. Bastien. *Lipome de la langue*. Bulletin de la Soc. anat. de Paris, 1854, Tome XXIX, p. 349.
2. Paget. *Lectures on surgical Path* 1853. Tome II, p. 98.
3. Follin. *Lipome de la langue, ablation par la galvano-caustique*. Bull. de la Soc. de chir. 1867 ; 2^e série. Tome VII, p. 91.
4. Arnold. *Em fall von congenitalen zusammengesetzten. Lipom. der Zunge and des Pharynx* archiv. f. path. anat. 1870. Tome L. page 482 et 516.
5. *Lipome de la langue*. Bull. de la Soc. anat. 1880, t. LV, p. 263. Guelliot.
6. Malon. *Des lipomes de la langue*. Thèse de Doct. Paris. 1881.
7. Cauchois. *Lipome de la langue* Bull. et mém. de la Soc. de Chir. 1883, n. s. t. IX, p. 572-576.
8. Wherry. *Lipome de la langue*, Cambridge med. Soc., 8 mai 1888.
9. Krausnick. *Lipome der zunge*. Inaug. dissert. Berlin, 1889.
10. Rosenstirn. *Du lipome de la langue, des lipomes symétriques multiples*, eur étologie n. y med. Record, 1893.

demment d'une forme de lipomatose par trop spéciale pour que nous ayons pu songer à en faire une étude commune avec celle des lipomes intra-musculaires en général : il nous suffira de rappeler que c'est Forster (1) qui a signalé le premier la lipomatose primitive du muscle cardiaque.

Ayant ainsi restreint et rigoureusement fixé le cadre de notre travail, nous allons retracer, chapitre par chapitre, l'histoire de la lipomatose du muscle de relation, consignant les observations que nous avons recueillies, à la fin de cette thèse.

Mais pendant le cours de nos études médicales, quelle lourde dette de gratitude n'avons-nous pas contractée envers ceux de nos maîtres, — et ils sont nombreux, — qui nous ont secondé de leurs efforts, et à qui nous devons, certes, le meilleur de nos connaissances. Aussi, avant de poursuivre plus loin notre travail, sommes-nous heureux d'inscrire leurs noms en tête de notre thèse inaugurale, en les priant d'accepter l'hommage de notre reconnaissance !

Ancien élève de l'école de Caen, nous apprîmes de MM. les Docteurs Gidon et Guillet comment nous guider avec méthode dans l'étude de l'anatomie. — M. le D^r Barette, professeur de clinique chirurgicale, nous initia à la pratique de la chirurgie et nous fit pressentir les merveilleux résultats que donne une antisepsie rigoureusement appliquée.

1. Forster *Handbuch der speciellen Patholog'schen anatomie*, 1863, p. 1018

Avec le Dr Auvray, professeur de clinique interne, nous pûmes nous familiariser, pour ainsi dire à notre insu, à l'art si délicat de l'auscultation : nous n'oublierons jamais ces bonnes causeries au lit du malade, où dans un enseignement, fruit d'une longue expérience et d'un travail incessant, il ne cessait de nous mettre en garde contre les difficultés et les surprises de la clinique. Que M. le Dr Auvray nous permette de le remercier particulièrement de l'affectueuse bienveillance qu'il nous a toujours témoignée !

A notre arrivée à Paris, nous eûmes le bonheur d'entrer dans le service du savant et bien regretté maître, M. le professeur Peter, dont nous avons pu suivre l'enseignement vaste et large : ce sera pour nous un honneur de nous proclamer son élève !

M. le Dr Marfan, agrégé à la Faculté, remplaçant M. le professeur Grancher à l'hôpital des Enfants-Malades, nous a appris la clinique infantile ; — c'est sous la direction de M. le Dr Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, que nous avons fait la majeure partie de nos études chirurgicales ; — à M. le professeur Tarnier nous devons notre éducation obstétricale : nous les prions de vouloir bien recevoir ici l'expression de notre vive gratitude.

Nous tenons tout particulièrement à exprimer nos plus sincères remerciements à M. le Dr Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, pour les marques de sympathie qu'il nous a données et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner !

Nous devons enfin à M. le D^r Demoulin, chef de clinique de M. le professeur Duplay, et à notre ancien interne et excellent ami, M. le D^r Damourette, une double reconnaissance pour la façon toute amicale avec laquelle ils nous ont fait profiter si largement de leur instruction personnelle et pour les bons conseils qu'ils ont bien voulu nous prodiguer.

Que M. le professeur Terrier, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir l'hommage de notre respectueuse gratitude !

HISTORIQUE

L'histoire des lipomes intra-musculaires est de date toute récente.

Nous ne trouvons signalée dans les anciens auteurs aucune observation bien précise se rapportant à la lipomatose du tissu musculaire.

La première mention qui fut faite des lipomes intra-musculaires a trait aux lipomes de la langue. Maisonneuve (1) dans sa thèse de concours note le développement de tissu graisseux dans l'épaisseur des muscles de la langue ; il ajoute même que la langue constitue un des points favoris du lipome.

Nélaton (2) ne mentionne point l'existence du lipome des muscles.

Les chirurgiens qui suivirent rapportent quelques observations de lipomes intra-musculaires. Paget (3), entre autres, en cite deux cas : un développé dans les muscles de la langue ; le second avait pris naissance dans l'épaisseur du muscle trapèze.

A la même époque, Cruveilhier (4) ajoutait :

1. Maisonneuve. *Des tumeurs de la langue*, thèse de concours, 1848.

2. Nélaton. *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 349.

3. Paget. *Lecture of surgical Path.*, 1853, t. I, p. 68.

4. Cruveilhier, *Traité d'anat. pathol.*, 1851, t. III, p. 309.

« Non-seulement l'adipose peut se développer dans le tissu celluleux inter-musculaire, mais aussi dans l'épaisseur même du muscle ».

Les observations en 1866 étaient encore si rares que Desprès (1) dans sa thèse d'agrégation disait : « Sauf deux cas de lipome de la langue, il n'y a jamais eu de lipome dans la gaine d'un muscle, déjà les lipomes dans les interstices musculaires sont rares ».

Et cette excessive rareté du néoplasme faisait dire à M. Farabeuf, en 1875, trouvant un exemple de lipome intra-musculaire (Obs. III), que « la pièce recueillie à l'Ecole pratique était peut-être unique ».

Depuis, des faits précis et plus nombreux sont venus détruire les affirmations de M. Desprès et les observations ont montré que ces productions pathologiques, si rares qu'elles soient, ne sont pourtant pas inconnues dans l'épaisseur des muscles.

La plupart des observations publiées sont consignées dans les bulletins de la Société anatomique. C'est là que nous trouvons les observations de Farabeuf, Rémy, Monod, Pitres, Hartmann, Lyot et Gautier, Calot, Lejars, que nous rapportons à la fin de cette thèse.

Une étude d'ensemble a cependant été faite ces années dernières, nous voulons parler de la thèse de Ribet (2), thèse à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

1. Desprès, *Des tumeurs des muscles*. Thèse d'agrég., 1866.

2. Ribet, *Des lipomes intra-musculaires*. Thèse de doct. Paris, 1886.

FRÉQUENCE

La lipomatose musculaire constitue une affection rare, comme le prouvent les observations, et comme l'a bien montré Pollosson (1) récemment.

Nous n'avons pu recueillir dans les auteurs, que dix observations, concernant des lipomes intra-musculaires des muscles de la vie de relation. Ce chiffre montre leur rareté.

Si maintenant, nous considérons le lipome intra-musculaire dans la statistique générale des lipomes, nous voyons que, parmi les organes frappés de lipomatose, les muscles arrivent en dernier lieu.

Exception toutefois pour les nerfs et les centres nerveux, les os, ou plus rarement encore que dans les muscles, on a vu se développer un lipome.

1. Pollosson, *Notes sur le lipome dans les tissus musculaires et tendineux*, *Prov. médi*, 1888, t. III, p. 104.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie du lipome intra-musculaire, et du lipome en général est encore entourée d'une grande obscurité. Aussi, nous avons dû nous borner dans ce chapitre à grouper les quelques facteurs qui semblent jouer un rôle dans le processus lipomateux.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Toutes ces causes n'agissent que comme causes prédisposantes; aussi leur rôle étiologique est-il des moins importants.

1° *Age*. — La lipomatose intra-musculaire est une affection d'un âge déjà avancé. C'est entre 40 et 60 ans qu'on peut placer le maximum des lipomes des muscles. Cet âge n'est pas spécial toutefois au lipome du muscle, il est commun à toute la famille des lipomes : ce sont des tumeurs qui, en général, surviennent lorsque la nutrition commence à se ralentir, et qui, parmi les divers processus, doivent être rangées à côté des concrétions tophacées des goutteux. Et, il est un fait certain, c'est que, lorsque l'homme vieillit, ses muscles s'atrophient, se décolorent et se surchargent de gouttes graisseuses ;

altérations qui sont généralisées à tous les muscles. Peut-être faudrait-il voir dans ces ralentissements de nutrition un terrain préparé, un « *locus minoris resistentiæ* », qui serait particulièrement apte à l'éclosion du processus néoplasique. Et ainsi s'expliquerait l'apparition d'un lipome dans des muscles dont l'action n'entraîne généralement pas pour eux de fatigue excessive ou qui sont à l'abri de traumatismes répétés (Lipomes du sous-épineux, du cou-turier).

2° *Sexe.* — Le sexe a, dans le développement du lipome musculaire, une influence prépondérante. Le sexe masculin en effet, est beaucoup plus souvent atteint que le sexe féminin. Les diverses statistiques publiées donnent six hommes contre trois femmes: on peut donc dire que c'est une affection deux fois plus commune chez l'homme que chez la femme.

A quoi tient cette prédilection du lipome pour le sexe fort? Nous ne pouvons faire ici que des hypothèses, et supposer que les fatigues, les travaux pénibles ne sont pas sans avoir une certaine action sur le développement du lipome du muscle. On sait en effet, pour certains lipomes sous cutanés notamment, que le traumatisme exerce une action réelle dans leur développement: il suffit de rappeler l'exemple des lipomes de la nuque chez les forts de la Halle.

3° *Professions. Traumatismes.* — Il s'agit, dans les faits que nous venons de citer, de traumatismes répétés ou continus, professionnels en un mot. Le

traumatisme proprement dit est-il capable de faire naître de toutes pièces un lipome du muscle ? On n'en connaît à l'heure actuelle aucun exemple : seul le cas de Monod a trait à un lipome développé consécutivement à un traumatisme. Ce fait de la rareté du grand traumatisme dans la genèse du lipome est important à considérer au point de vue symptomatique : il permettra en effet le diagnostic du lipome intra-musculaire avec les kystes hydatiques des muscles. Ceux-ci, comme l'a fait voir Audiat⁽¹⁾ ont souvent comme point de départ un traumatisme : contrairement aux lipomes intra-musculaires ; on trouve pour les kystes hydatiques des muscles 28 fois le traumatisme signalé comme ayant déterminé d'une façon positive, l'apparition du kyste hydatique.

II. Cause déterminante. — Quelle est la cause déterminante du développement du lipome du muscle ? Malheureusement, à l'heure actuelle, la cause première est inconnue. Comme nous le disions tout à l'heure, on tend à faire du lipome, et du lipome du muscle en particulier, un processus morbide, néoplasique, rentrant dans le groupe des divers processus liés à un ralentissement de la nutrition. C'est en un mot la théorie de la diathèse lipomateuse que nous exposons ainsi !

D'autres auteurs, frappés du fait de la symétrie

1. Audiat, *Des kystes hydatiques des muscles*. Thèse de Doctorat. Paris, 1888.

des lipomes, des lipomes intra-musculaires eux-mêmes (cas de Rosenstein, de Rémy) ont mieux aimé faire de la lipomatose du muscle un trouble trophique, sous la dépendance d'une altération quelconque des centres médullaires. Le lipome du muscle serait ainsi proche voisin, dans la classification nosologique, de la lipomatose secondaire qu'on rencontre dans les diverses atrophies musculaires ou affections myélopathiques. En tous cas, la théorie nerveuse du développement du lipome du muscle est seule capable de nous expliquer la symétrie qu'on a observée dans certains cas de lipomes intra-musculaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous serons bref sur l'anatomie pathologique du lipome intra-musculaire ; l'anatomie pathologique macroscopique a en effet ici beaucoup de points communs avec la symptomatologie.

1° Sièges. — Les lipomes peuvent se développer dans tous les muscles de l'économie. Nous verrons plus loin, lors des symptômes, leur siège et leur lieu d'élection.

2° Situation. — Nous n'avons en vue, dans notre travail, que les lipomes primitivement intra-musculaires. On a décrit en effet, des productions lipomateuses assez fréquentes, envahissant secondairement le muscle. C'est ainsi que Catex (1) en a présenté un cas remarquable à la société anatomique. Les tumeurs de cette nature ne sauraient nous intéresser.

Aux dépens de quel élément se forme donc le lipome intra-musculaire ? Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le point de départ du lipome

1. Cast x. *Lipome crétifié sous-musculaire de la cuisse.* Bull. de la Société anat., 1877, 4^e série, t. II, p. 34.

est le tissu conjonctif interfibrillaire, qui constitue ce que Robin appelait le périmysium interne. Ce tissu conjonctif contient en effet des cellules adipeuses plus ou moins abondantes suivant les régions.

Nous devrions nous demander ici par quel mécanisme ces vésicules adipeuses prolifèrent. Ribet, dans sa thèse, propose la théorie suivante : « Au moment de la contraction musculaire, dit-il, ces travées de tissu conjonctif sont froissées, tiraillées, et nous retrouvons ici, applicable à la pathogénie du lipome intra-musculaire, une des causes les plus fréquentes du développement du lipome superficiel, c'est-à-dire les pressions lentes et répétées du tissu cellulaire. C'est en effet dans l'épaisseur des muscles dont le fonctionnement est le plus actif qu'on les observe. » Cette théorie assez séduisante n'est cependant pas applicable à tous les cas, et notamment à l'apparition de lipomes dans les muscles protégés, et soumis à un travail des plus minimes.

3° *Aspect macroscopique.* — Toutes ces tumeurs lipomateuses se présentent ici avec leurs caractères classiques : elles forment des tumeurs circonscrites ; elles sont le type de néoplasmes bien encapsulés, et s'énucléent le plus facilement du monde dès qu'on a incisé leur enveloppe.

Leur surface est lobulée ; de consistance généralement pâteuse, elles donnent au doigt une sensation de crépitation particulière.

A la coupe, la surface est jaunâtre ou blanc-jau-

nâtre, huileuse, et la tumeur présente une lobulation plus ou moins nette, suivant l'abondance plus ou moins grande du tissu conjonctif interlobulaire.

Nous verrons, lors des symptômes, quels sont les autres caractères macroscopiques que présentent ces tumeurs.

Notons ce fait pourtant, que des fibres musculaires viennent prendre naissance directement sur la périphérie de la capsule d'enveloppe; d'autres, au contraire, passent soit au-dessous, soit au-dessus de la tumeur. Les unes et les autres s'adjoignent ainsi, pour englober dans leur intérieur la production lipomateuse.

4° *Structure histologique.* — Dans les muscles, le lipome revêt la structure qu'il a ailleurs : c'est une tumeur bénigne composée de cellules adipeuses, plus volumineuses toutefois que les cellules composant le tissu adipeux normal et groupées en lobules. Ces lobules se réunissent pour former des lobes plus ou moins volumineux que séparent des cloisons de tissu conjonctif. Dans ces cloisons rampent les vaisseaux qui alimentent le lipome et qui pénètrent en général par plusieurs points la surface de la tumeur.

Telle est la structure habituelle du lipome, mais hâtons-nous de le dire, cette structure est sujette à des variations individuelles. En effet, qu'un des éléments qui prennent part à la constitution du lipome : cellule adipeuse, tissu conjonctif, élément vasculaire vienne à prédominer, et l'on aura, suivant la

prédominance de l'un ou l'autre élément, du lipome mou, du lipome dur ou fibro-lipome, du lipome télangiectasique.

5° *Modifications.* — Les lipomes peuvent-ils subir les dégénérescences variées qu'on observe pour les autres tumeurs? C'est là une opinion qui a été soutenue par quelques auteurs ; en effet, il existe des observations de tumeurs lipomateuses ayant évolué vers le type malin (sarcome) ; ou, tout en se modifiant ayant conservé leur allure bénigne (fibrome). Il est permis toutefois de ne pas considérer cette transformation comme absolument démontrée ; les faits présentés jusqu'ici ont été incomplètement étudiés, et il est sage d'attendre des observations plus rigoureusement démonstratives !

Certaines dégénérescences, qui sont assez fréquentes pour les lipomes en général, ne se retrouvent point pour la variété intra-musculaire. Nous n'avons point vu signalé dans nos observations, la crétification par exemple, d'une masse lipomateuse intra-musculaire. Ce n'est pas à dire qu'une semblable transformation ne puisse exister, toutefois nous n'en connaissons pas d'exemple.

6° *Lésions accessoires.* — Il nous reste à étudier maintenant les diverses lésions accompagnant la production lipomateuse, soit au voisinage de la tumeur, soit à distance.

Localement, on trouve quelquefois des altérations plus ou moins marquées du muscle. C'est ainsi qu'il n'est point rare de découvrir une légère atrophie des

fibres musculaires, surtout dans les cas de fibrolipomes. D'autres fois, on observe une disparition totale des fibres musculaires au niveau de la tumeur, celle-ci ayant envahi en un point toute la gaine du muscle; dans ce cas, la tumeur donne naissance à ses deux pôles, aux fibres musculaires, et semble interposée entre les deux segments du muscle. Nous rappellerons que dans ces cas il peut se produire de véritables hernies musculaires lipomateuses, lorsque l'aponévrose d'enveloppe vient à se rompre; nous citerons à ce sujet l'article très intéressant de Tédénat (1).

A distance, les lésions sont très variées. Il est rare qu'on constate d'autres productions lipomateuses dans les muscles; mais quelquefois on rencontre dans le tissu cellulaire sous-cutané des lipomes typiques. Il s'agit donc bien dans ce dernier cas d'une véritable diathèse lipomateuse, sur la valeur de laquelle on a beaucoup discuté ces derniers temps (2).

Il est évident qu'on peut rencontrer bien d'autres lésions concomitantes, mais elles ne sauraient avoir de rapport avec l'affection qui nous occupe.

1. Tédénat. *Lipomes et hernies musculaires*. *Montpell méd.*, 1892, n. 8, page 148.

2. Société méd. des hôpitaux de Paris, 1892, *passim*.

SYMPTOMES

Nous allons retracer en détail tous les symptômes et toutes les formes cliniques que revêtent les lipomes intra-musculaires. Disons cependant tout de suite que cette symptomatologie n'a rien de bien caractéristique, et, à part quelques symptômes qui guident pour le diagnostic, beaucoup ont de nombreux traits communs avec les autres tumeurs intra-musculaires.

1° SYMPTOMES FONCTIONNELS. — 1° *Douleur*. — Les lipomes intra-musculaires sont en général peu douloureux, et l'élément douleur ne joue ici qu'un rôle tout à fait accessoire. Ce caractère douloureux négatif a une importance considérable, car il permet de faire le diagnostic du lipome intra-musculaire d'avec les autres tumeurs qui prennent naissance dans la gaine des muscles.

De plus, cette absence de douleur nous rend compte de la latence du début des lipomes ; car c'est, en effet, le plus souvent par hasard que le malade s'aperçoit de la tumeur dont il est porteur.

2° *Gêne des mouvements*. — Si la douleur fait dé-

faut, il existe parfois, dans les lipomes de certaines régions, une véritable gêne dans les mouvements. Dans l'observation inédite que nous publions à la fin de notre thèse, nous voyons les mouvements d'abduction et d'extension du bras être notablement gênés. Nous retrouvons le même fait signalé dans d'autres observations.

II^e SYMPTÔMES PHYSIQUES. — 1^o *Situation*. — La tumeur siège le plus souvent très profondément à l'intérieur du corps musculaire; parfois elle a tendance à s'énucléer et à faire saillie à l'extérieur.

Voyons maintenant quels sont les muscles qui sont atteints. Ainsi que nous le disions plus haut, c'est surtout dans les muscles qui ont le fonctionnement le plus actif que nous rencontrerons le plus souvent le néoplasme. Et si, à ce point de vue, nous faisons la récapitulation des 10 observations de lipomes que nous avons recueillies, nous voyons le lipome siéger par ordre de fréquence, dans les muscles suivants :

1^o Triceps crural 3 fois (Obs. I, V, VII).

2^o Biceps brachial 2 fois (Obs. IV, VIII).

3^o Eminence thénar 1 fois (Obs. II).

4^o Couturier 1 fois (Obs. III).

5^o Grand pectoral 1 fois (Obs. VI).

6^o Grand dorsal 1 fois (Obs. X).

7^o Sous-épineux 1 fois (Obs. IX).

2^o *Nombre*. — Le lipome intra-musculaire est en général unique.

Ce fait est digne de remarque, car il contraste manifestement avec la multiplicité des lipomes sous-cutanés, qui constituent une véritable diathèse lipomateuse.

3° *Symétrie*. — Si le lipome est rarement multiple, il paraît être quelquefois symétrique : c'est ainsi que dans le cas de Rémy, nous voyons le néoplasme siéger symétriquement dans les deux biceps.

4° *Forme*. — Les lipomes intra-musculaires ont généralement une forme assez bien circonscrite. Leur forme est oblongue ou ovoïde et leur grand diamètre est parallèle à la direction des fibres musculaires.

5° *Aspect*. — Ils se présentent le plus souvent sous forme de masses, offrant des bosselures plus ou moins marquées et plus ou moins nettes, suivant la profondeur à laquelle siège la tumeur. D'autres fois cette lobulation des lipomes manque : ils ont une forme régulière qui facilite singulièrement les erreurs de diagnostic.

6° *Volume*. — Le volume des lipomes intra-musculaires est excessivement variable. Tantôt ils ont le volume d'une noisette, d'une amande ; tantôt ils atteignent des dimensions plus considérables et ont la grosseur d'un œuf de poule, du poing : ils vont rarement au-delà. Le cas de Perrotte (1) que signale Ribet dans sa thèse a trait à une tumeur du poids de 2.590 grammes ; mais cette tumeur ne paraît

1. Perrotte, *Lipome de la cuisse et réci lipé*. Thèse de Doct. Paris, 1857.

guère se rapporter au lipome intra-musculaire proprement dit : nous n'en tiendrons donc aucun compte.

Nous devons, au sujet du volume des tumeurs lipomateuses, signaler l'opinion émise par Desprès. Pour cet auteur, le lipome volumineux est unique et siège rarement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais plutôt au-dessous de l'aponévrose.

7° *Consistance*. — La consistance est entièrement variable : aussi a-t-elle donné lieu à des erreurs multiples de diagnostic. Nous ne devons donc attacher à ce symptôme qu'une importance toute relative. Dans les lipomes mous, c'est-à-dire dans la majorité des cas, la consistance est élastique ; souvent on trouve une pseudo-fluctuation, fausse fluctuation, qui rappelle la sensation si nette qu'on a en palpant des tumeurs fongueuses. Dans les lipomes durs ou fibro-lipomes, la consistance se modifie légèrement ; à côté de points de consistance molle, fluctuants, on trouve d'autres points d'une dureté plus grande.

En somme, comme le dit Ribet, la consistance du lipome intra-musculaire est éminemment variable : élasticité, résistance si le tissu fibreux prédomine ; mollesse, fluctuation, si le tissu cellulo-fibreux est peu développé.

8° *Crépitation*. — C'est là un symptôme qu'on trouve signalé dans les observations concernant les lipomes intra-musculaires des muscles superficiels. Il va sans dire qu'on ne saurait trouver ce symptôme dans les lipomes intra-musculaires pro

fonds, cas dans lesquels une palpation minutieuse est absolument impossible.

Quelques auteurs ont nié la crépitation des lipomes intra-musculaires et en ont fait le propre des lipomes sous-cutanés : cette opinion est peut-être exagérée, car des observations montrent que dans quelques cas très rares il existe de la crépitation.

9° *Modifications.* — Tous ces caractères subissent des modifications profondes suivant que le muscle qui contient le néoplasme est relâché ou contracté.

Lorsque le muscle est relâché, la tumeur est molle ou élastique, arrondie, lobulée, mobile dans le sens perpendiculaire aux fibres musculaires ; immobile parallèlement aux mêmes fibres.

Que le muscle se contracte, et on voit se produire les changements suivants : la tumeur s'étire, diminue de volume ; sa consistance augmente et sa mobilité diminue : celle-ci est remplacée, dans le sens des fibres charnues par une fixité manifeste.

9° *Altérations diverses.* — La peau à la surface de la tumeur conserve toujours sa mobilité, et son aspect extérieur est le plus souvent normal.

Toutefois il n'est point rare de trouver sous cette peau, une circulation veineuse collatérale plus ou moins développée, indice de la gêne de la circulation veineuse profonde.

Dans les ganglions tributaires du muscle atteint, on ne trouve aucune modification : le lipome étant une tumeur bénigne n'a pas de tendance à se propa-

ger, pas plus par les lymphatiques que par la voie sanguine.

C'est pourquoi dans la lipomatose et dans la lipomatose musculaire en particulier, l'état général demeure toujours excellent; les grands appareils de l'économie sont intacts et fonctionnent tous bien.

Nous avons énuméré les divers symptômes tant fonctionnels que physiques des lipomes intra-musculaires. Aucun d'eux n'est pathognomonique, et le diagnostic ne peut être fait que par l'ensemble ou par la réunion de quelques-uns des caractères précédents.

MARCHE

Etudions maintenant la marche de ces tumeurs, et voyons d'abord comment elles débutent.

Les lipomes ont un début des plus insidieux : la tumeur étant indolente et n'entravant en rien le bon fonctionnement de l'organisme, n'attire nullement l'attention du malade. Aussi, est-ce le plus souvent par hasard que celui-ci la découvre, et à ce moment elle a déjà acquis un certain volume.

La période d'état est en général pour les lipomes intra musculaires ce qu'elle est pour les lipomes sous-cutanés. C'est souvent une période de stationnement ; les lipomes se comportent ici comme la plupart des tumeurs bénignes, et une fois un certain volume acquis, restent stationnaires. Nous devons faire quelques exceptions à cette règle, car on a vu des lipomes évoluer d'une manière rapide, à la façon des tumeurs malignes. On doit se demander si dans de pareils cas il s'agit bien de lipomes véritables et non de tumeurs mixtes ou malignes (sarcomateuses ou autres), diagnostiquées lipomes. C'est un point sur lequel nous nous permettons d'insister.

Quelquefois les lipomes, lorsqu'ils ont acquis un certain volume, subissent un mouvement de régression au point de diminuer dans de notables proportions : il s'agit, tantôt d'une régression simple, tantôt d'une régression avec modification de la tumeur (calcification, transformation fibreuse, etc.).

D'autres fois enfin, les lipomes procèdent par poussées : après un temps d'arrêt dans leur développement, ils prennent tout à coup une marche rapide, augmentent de volume, puis un beau jour s'arrêtent dans leur évolution pour reprendre plus tard leur marche extensive. Ajoutons que ces arrêts et ces poussées dans la marche des lipomes intra-musculaires ne sont pourtant pas très fréquents, quoiqu'on les ait signalés dans plusieurs observations.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des lipomes intra-musculaires est parfois singulièrement difficile, car, outre la difficulté de préciser le siège exact d'une tumeur profonde, il faut encore la différencier des autres tumeurs capables de se rencontrer au niveau des régions musculaires.

Ceci nous amène à dire que, étant donné un lipome intra-musculaire profond pris pour type, nous devons d'abord faire le diagnostic du siège de la tumeur, puis le diagnostic des diverses tumeurs intra-musculaires.

1° Diagnostic du siège. — Les tumeurs intra-musculaires ont des caractères généraux bien mis en évidence par Dupuytren, Nélaton, Denonvilliers, Desprès.

Desprès s'exprime ainsi : « Les tumeurs des muscles ont des caractères généraux qui dominent toute leur histoire :

1° Elles affectent toujours un siège en rapport avec la direction ou la forme d'un muscle.

2° S'il s'agit d'une tumeur située dans un muscle

d'un membre, elle accompagne le muscle dans ses mouvements (Dupuytren, Warren, Nélaton et Denonvilliers).

Lorsque les muscles sont dans un état de relâchement, la tumeur est très mobile dans le sens latéral; si dans l'état d'extension elle reste fixe et dure, on a là, d'après Warren, un signe excellent.

On reconnaît qu'une tumeur est liée à un muscle, par les variations de mobilité et d'immobilité qu'elle présente selon que les fibres charnues qui l'empriisonnent sont dans le relâchement ou dans un état de contraction qui les rend tout à fait fixes et rigides. On peut même s'assurer que la tumeur n'est pas seulement adhérente au muscle, mais qu'elle se trouve placée dans son épaisseur, lorsque sa surface facile à explorer pendant l'état de repos, disparaît tout à coup et semble se cacher derrière des bandes résistantes quand le muscle entre en contraction (Bérard et Denonvilliers).

3° Lorsqu'une tumeur siège dans une masse musculaire, comme la masse des muscles sacro-lombaires, les explorations de cette nature ne donnent pas de résultats précis. La percussion, la palpation méthodique, peuvent indiquer seulement la profondeur à laquelle siège la tumeur, ses rapports avec les parties voisines. »

On voit, par cet exposé, que le diagnostic de tumeur intra-musculaire peut être posé et résolu dans la grande majorité des cas. Ce n'est que lorsqu'il s'agit de tumeurs situées profondément, comme

dans l'épaisseur de la cuisse, au niveau de la masse sacro-lombaire, que le diagnostic du siège pourrait devenir hésitant.

II° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Nous devons rapporter ici les différents caractères propres aux diverses tumeurs des muscles.

Hernie musculaire. — La hernie musculaire, sans être une tumeur proprement dite du muscle, mérite un diagnostic. Le diagnostic est surtout à faire avec la hernie la plus fréquente, celle qui est consécutive à une rupture musculaire.

Essayons de poser les bases du diagnostic : La hernie musculaire a des commémoratifs; elle débute brusquement après un traumatisme, une violente contraction du muscle. A ce moment le malade éprouve une vive douleur, une sensation de déchirure d'un plan musculaire. Lorsqu'elle est constituée, la hernie se caractérise localement au moment du relâchement du muscle, par une tumeur plus ou moins dure, arrondie et lisse; lors de la contraction musculaire, la tumeur disparaît, et de plus, elle laisse au-dessous d'elle, à sa place, un espace vide, une dépression très sensible, correspondant à la partie vide de la gaine aponévrotique.

Ce dernier fait est le symptôme capital du diagnostic et n'existe point dans le lipome intra-musculaire.

Hématome musculaire. — Les hématomes des muscles peuvent eux aussi prêter à confusion.

Lorsqu'ils sont récents, les hématomes sont assez

faciles à diagnostiquer. Ils se présentent en effet sous forme d'une tuméfaction pâteuse, diffuse, étendue plus ou moins, et suivant toujours la direction des fibres musculaires ; quelquefois, en plus on constate une ecchymose révélatrice. Le diagnostic est en outre grandement facilité par les antécédents : on sait que les hématomes des muscles surviennent, soit par déchirure musculaire comme dans les grands traumatismes, soit par myosite infectieuse hémorragique comme dans les fièvres graves (fièvre typhoïde), le choléra, le scorbut, etc.

Lorsque les hématomes sont anciens, leur diagnostic d'avec le lipome intra-musculaire est beaucoup plus difficile. Ce sont alors des tumeurs généralement enkystées, donnant la sensation au toucher de craquement, analogue à celle que produirait une mince lamelle osseuse qui se briserait profondément (Velpeau et Trélat). De plus, les hématomes anciens ont généralement une dureté beaucoup plus grande que les lipomes et qui ne rappelle en rien la mollesse et l'élasticité de ces derniers.

Abcès froid. — L'abcès froid d'un muscle pourrait parfois induire en erreur ; nous mettons de côté ici à dessein les abcès par congestion ou migrateurs, et nous n'avons en vue que les abcès froids primitivement intra-musculaires. Or, dans de telles conditions, le diagnostic présente parfois des difficultés insurmontables, et l'on est souvent réduit, faute de bases pour le diagnostic, à pratiquer la ponction exploratrice.

On aura seulement pour se guider dans ce cas, les renseignements fournis par le malade sur le développement de la tumeur, l'état général du sujet; localement, on ne devra guère compter pour trancher la question que sur un symptôme énoncé par Denonvilliers, consistant en un enfoncement de la tumeur pendant la contraction musculaire.

Angiome. — L'angiome du muscle est souvent d'un diagnostic très difficile en raison de l'existence au niveau des muscles, de lipomes véritablement angiomateux (nœvus lipomateux des auteurs, lipome télangiectasique).

Le diagnostic d'avec l'angiome se fera par la réductibilité, les battements, le souffle rare; l'angiome augmente par les efforts, le travail du muscle. Tous ces symptômes sont souvent peu marqués; on n'oubliera cependant pas de les rechercher.

Gomme. — Très délicat aussi parfois, le diagnostic avec les gommès syphilitiques intra-musculaires. C'est qu'en effet, les gommès occupent souvent le même siège que les lipomes intra-musculaires, se rencontrent de préférence comme eux au niveau des membres, (triceps, couturier, biceps).

On se rappellera pour le diagnostic, les caractères qu'en a donné Lancereaux (1). Elles ont un début lent, mais douloureux; contrairement aux lipomes intra-musculaires. Ces douleurs, comme en général

1. Lancereaux. *Dict. encyclop. des sciences médicales*; art.: *tissus musculaire*.

toutes les douleurs syphilitiques, s'exaspèrent pendant la nuit. De plus, les gommés des muscles ont certains caractères objectifs qui permettent à un doigt exercé de les différencier. Leur forme est arrondie: régulièrement ovoïdes et globuleuses, elles ont le volume d'une noix. Comme le lipome, elles deviennent plus saillantes et plus dures pendant la contraction musculaire. Il existe enfin un caractère des plus importants, tiré de la consistance des gommés: contrairement au lipome intra-musculaire, à mesure qu'elles augmentent de volume, elles se ramollissent et, très rarement c'est vrai, mais quelquefois pourtant, elles peuvent s'ulcérer.

On tiendra compte en outre pour le diagnostic, des antécédents anciens ou récents, et des stigmates divers de la syphilis. On n'oubliera pas enfin, en cas de doute, le traitement spécifique, qui constituera ici une véritable pierre de touche.

Sarcome. — Le sarcome primitif intra-musculaire est sans contredit un des diagnostics différentiels le plus épineux.

Le diagnostic se fera surtout grâce à un examen complet et détaillé du malade. On se rappellera que le sarcome du muscle a une marche plus rapide, s'accompagne d'adénopathies. De plus, comme le dit Desprès, « on ne retrouve souvent pas ici le symptôme caractéristique des tumeurs des muscles, la mobilité latérale dans le sens de la largeur et dans le sens perpendiculaire à la direction de ces fibres pendant la contraction, en raison des adhé-

rences prématurées, de l'envahissement des parties voisines. »

L'épithélioma et le carcinome du muscle sont des tumeurs si peu souvent primitives qu'on n'en connaît pas de cas aujourd'hui absolument démonstratif (Lejars) (1).

Dans les formes secondaires, l'existence d'une tumeur cancéreuse primitive mettra sur la voie du diagnostic.

Kystes hydatiques. — C'est là un diagnostic qu'on a fréquemment l'occasion de faire. « Toutes les fois, dit Nélaton, que vous trouverez une tumeur développée dans le corps d'un muscle, il y a de grandes probabilités pour que ce soit un kyste hydatique » Aussi le diagnostic est-il délicat. « L'erreur, dit Desprès, paraît inévitable si le frémissement manque, s'il n'y a pas de traces de fluctuation. »

On se souviendra, comme l'a montré Marguet (2) dans sa thèse, que les kystes hydatiques des muscles ont une étiologie assez claire ; en général, il existe un traumatisme au début : de plus, les mœurs et l'habitus du malade seront d'un précieux secours. Au point de vue symptomatique, ne pas oublier que souvent les kystes hydatiques sont multiples, que leur surface est lisse et régulière, que la fluctuation

1. Lejars. *Néoplasmes des muscles. Traité de chirurgie de DuPLAY et RECLUS*. T. I, p. 802.

2. Marguet. *Kystes hydatiques des muscles volontaires*. Thèse de Doct. Paris, 1888.

est la règle. De plus, ils s'accompagnent fréquemment de douleurs très vives. Enfin, la ponction exploratrice de la tumeur restera souvent le seul critérium et le seul juge de la question.

PRONOSTIC

Les lipomes, notamment ceux du tissu musculaire, constituent des néoplasmes essentiellement bénins.

On a cru cependant, dit Ribet, pendant de nombreuses années, que les lipomes pouvaient se transformer en tumeurs cancéreuses; mais le seul cas qui se soit jamais présenté, et qui eût un retentissement énorme, en raison de ce fait qu'il fut observé par Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, a été victorieusement combattu par Broca qui a fait justice de cette théorie de la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

Cependant nous ajouterons qu'on devra aujourd'hui se méfier des cas mixtes. La sarcomatose primitive est à l'heure actuelle bien connue (Guitton (1), Lejars (2), et tout porte à croire qu'il peut exister des tumeurs mixtes lipo-sarcomateuses qu'il importe d'extirper au plus vite.

Quoi qu'il en soit, nous le répétons, le pronostic du lipome intra-musculaire resté bénin.

1. Guitton. — *Du sarcome primitif des muscles.* — Thèse de Doc. Paris, 1894

2. Lejars. — *Leçons de clinique chirurgicale.* Paris, 1895.

TRAITEMENT

Le chapitre traitement des lipomes intra-musculaires mérite peu de développements.

Nous rappellerons seulement les indications et les méthodes opératoires ou autres employées dans le traitement des lipomes intra-musculaires.

I. INDICATIONS. — 1° *Lipomes peu volumineux*. — Ici, les indications sont peu nombreuses. Les sujets porteurs de tels lipomes n'éprouvent habituellement que peu de gêne de leur tumeur ; par contre on a vu des sujets atteints de lipomes intra-musculaires peu volumineux éprouver dans les mouvements, une gêne assez notable pour réclamer une intervention.

Ce qui guidera donc, dans la thérapeutique des lipomes intra-musculaires peu volumineux, ce sera avant tout la gêne plus ou moins grande, les troubles fonctionnels accusés par le sujet.

2° *Lipomes volumineux*. — Ici un traitement actif s'impose. Non-seulement les troubles fonctionnels forcent souvent la main, mais les symptômes physiques, le volume, le siège de la tumeur, son évolution rapide possible, doivent conduire à une intervention précoce.

Rappelons ici, à propos de ces lipomes volumineux, qu'ils peuvent peut-être se comporter, surtout dans les cas mixtes, comme de véritables tumeurs malignes. Dans ce cas, on ne saurait différer un traitement radical.

II. MÉTHODES DIVERSES. — On peut diviser les méthodes employées à combattre la lipomatose musculaire en deux classes se rapportant : 1° l'une au traitement médical; 2° l'autre au traitement chirurgical.

1. *Traitement médical.* — On ne devra guère compter sur lui. Quelques auteurs, se basant sur la guérison des lipomes sous-cutanés par l'électricité, ont voulu appliquer cette méthode à la cure des lipomes intra-musculaires. Nous n'insisterons pas davantage : on sait aujourd'hui ce que vaut l'électricité en pathologie chirurgicale.

2. *Traitement chirurgical.* — C'est là le seul à employer à l'heure actuelle, et on peut poser en principe, que, dès que le diagnostic du lipome intra-musculaire est établi, on ne doit pas différer l'opération.

Celle-ci consiste en l'extirpation de la production néoplasique : cette extirpation sera faite sous la sauvegarde de l'antisepsie la plus rigoureuse.

Tout d'abord, incision de la peau sur la tumeur, puis incision de l'aponévrose, isolement de la masse lipomateuse d'avec les fibres musculaires qui l'entourent; suture du muscle au catgut, puis de l'aponévrose, et enfin suture de la peau au crin de Florence : tels sont les temps de l'opération.

Quels en sont les résultats ? Ils sont, on peut le dire, excellents. On n'a pas jusqu'ici signalé d'accidents au cours d'une opération en général des plus simples, et qui aujourd'hui, — lorsqu'on songe aux difficultés de la chirurgie abdominale, — constitue une opération des plus bénignes.

Quant à la récurrence, lorsque l'extirpation du néoplasme a été soignée et complète, elle n'est nullement à redouter.

En résumé, pour clore le chapitre du traitement, nous dirons que toute tumeur lipomateuse intramusculaire, quels qu'en soient le siège, la forme, le volume, et les autres caractères, doit être extirpée dans le plus bref délai, si l'on ne veut se créer pour plus tard des difficultés opératoires plus grandes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Lipome intra-musculaire de la cuisse. Christôt. *Gaz-méd. de Lyon*, 1867
t. XIX, p. 298.

Jeune fille de 18 ans, bonne santé habituelle, bien menstruée (service de M. Desgranges). Début il y a huit ans. Tumeur du volume d'une noix au-dessus du genou, sur la face externe de la cuisse, du côté gauche. Pas de gêne, pas de douleur, accroissement progressif uniforme.

Etat local avant l'opération. — Tumeur irrégulièrement ovoïde, plus saillante à la partie inférieure, ayant à peu près le volume d'une grosse orange aplatie. Consistance molle, presque demi-fluctuante avec quelques noyaux plus durs. Peau saine, sans vascularisation anormale, se laissant facilement séparer de la tumeur, qui n'apporte aucune gêne dans les mouvements de la cuisse.

Pendant le repos du membre, la tumeur est mobile, elle devient plus fixe et plus proéminente pendant l'extension. Elle se déplace peu par les mouvements extrêmes du triceps.

Etat général excellent.

12 juin. Opération. — Après anesthésie préalable, incision demi-circulaire, section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et de

l'aponévrose amincie. On arrive sur le vaste externe, à travers lequel on sent la tumeur. Incision couche par couche du muscle qui est lamelliforme; l'incision est faite suivant la direction des fibres. La tumeur est disséquée et énucléée. La plus grande partie de sa masse était logée dans l'épaisseur même du vaste externe le reste occupait l'intérieur du vaste externe et de la portion moyenne.

La tumeur était donc presque complètement intra-musculaire. Elle adhérait solidement aux fibres et à l'aponévrose d'insertion du vaste externe, et sur la tumeur on voit encore des faisceaux musculaires et quelques débris d'aponévrose qu'on a été forcé d'emporter par la dissection.

La tumeur en elle-même ne présente rien de bien particulier au point de vue histologique. C'est une tumeur fibro-graisseuse, avec une prédominance marquée de la trame connective qui lui donne une résistance et une solidité que n'ont pas habituellement les lipomes.

OBSERVATION II

Lipome fibreux de l'éminence thénar. Pitres. *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, t. XLVIII, p. 521.

Mme X..., âgée de 60 ans, est entrée à la maison Dubois, le 25 juin 1873 (service de M. Demarquay), pour se faire enlever une tumeur de l'éminence thénar du côté droit.

La malade raconte que depuis 5 ans elle éprouvait un peu de gêne et de lassitude dans la région malade. Elle n'a constaté l'existence d'une tumeur qu'au mois d'août 1872, c'est-à-dire il y a environ 10 mois. Depuis cette époque, la région thénar a subi un développement régulièrement continu et assez rapide, car elle for-

mait, lorsque la malade est entrée à l'hôpital, une saillie considérable qui rendait presque impossibles les mouvements d'opposition du pouce.

Les téguments étaient tendus, mais ne présentaient aucune altération de structure. Ils paraissaient soulevés par une tumeur du volume d'un œuf de poule, occupant tout l'espace compris entre le premier et le deuxième métacarpien. Cette tumeur était lisse, sans adhérences, sans mouvements d'expansion ; elle était très molle, et manifestement fluctuante, du moins à sa superficie, car en la saisissant entre le pouce et l'index, et en la déprimant avec force, on sentait profondément un noyau résistant, légèrement bosselé, de consistance fibreuse, ayant à peu près le volume d'une noisette. Aucune manœuvre ne provoquait de la crépitation, comme on en observe souvent dans les kystes synoviaux ou même dans les lipomes.

Cette tumeur était indolente, par sa présence même, elle gênait mécaniquement les mouvements d'opposition du pouce, mais tous les autres mouvements étaient possibles. Aucune trace d'atrophie, aucune déformation des doigts, aucun trouble de la sensibilité.

M. Demarquay posa le diagnostic de fibro-lipome, et annonça qu'il en pratiquerait l'extirpation le 26 juin.

L'opération fut exécutée sans difficulté. Une incision curviligne, suivant toute la longueur du pli de flexion du pouce, mit les muscles superficiels de l'éminence thénar à découvert. Les muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce furent écartés l'un de l'autre, et la tumeur vint faire hernie dans leur interstice, sous forme d'un peloton adipeux. Elle était séparée des parties voisines par un tissu cellulaire lamelleux, extrêmement lâche, ce qui permit de l'énucléer facilement sans faire usage du bistouri. A sa partie profonde, elle présentait un prolongement graisseux qui se dirigeait vers le deuxième métacarpien, mais qui ne paraissait pas

avoir contracté d'adhérences avec l'os. Plusieurs artérioles furent liées, et la plaie est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

La tumeur enlevée est lisse, d'une forme régulièrement arrondie, elle a une couleur jaunâtre et paraît constituée par de la graisse molle et presque diffluyente.

Sur une coupe, on constate qu'elle est formée de deux tissus, d'aspect et de résistance tout à fait différents. Au centre, on voit un tissu ferme, résistant, sec, de consistance fibreuse, formé de tractus blancs, brillants, irréguliers, entrecroisés dans tous les sens. Ce noyau central est enveloppé de tous côtés par une couche de graisse molle et diffluyente, véritable atmosphère adipeuse de 6 à 8 millimètres d'épaisseur. Cette couche de graisse n'est pas simplement appliquée sur le noyau fibreux, elle fait corps avec lui : les deux tissus se pénètrent réciproquement, de sorte qu'il existe une zone intermédiaire tenant des caractères physiques de la graisse et de ceux du noyau fibreux.

L'examen microscopique a révélé des détails de structure que la simple inspection à l'œil nu ne pouvait faire supposer. Je ne parle pas de l'examen à l'état frais qui était rendu très difficile par l'abondance des gouttelettes graisseuses, et j'arrive aux résultats de l'étude des coupes pratiquées après durcissement, dans l'alcool absolu et l'acide picrique, colorée au picro-carminate, et montée dans la glycérine acidifiée.

Au centre de la tumeur, dans la partie qui a les apparences du tissu fibreux, on aperçoit au milieu du tissu conjonctif fibrillaire très serré, des faisceaux de fibres musculaires striées, à tous les degrés d'atrophie possibles. Les faisceaux sont écartés les uns des autres, irrégulièrement disséminés au milieu de la masse fibreuse.

Les fibres musculaires appartenant à un même faisceau sont aussi dissociées et plus ou moins atrophiées par l'interposition de larges travées fibreuses. A côté d'une fibre ayant conservé toutes

les apparences de l'état normal, on en aperçoit d'autres qui n'ont plus que la moitié, le quart, le dixième du volume normal, et que l'on reconnaît facilement parce qu'elles sont plus colorées que le tissu conjonctif voisin, et que leur striation transversale persiste malgré leur atrophie.

La zone périphérique de la tumeur est formée de tissu adipeux, qui ne présente aucune particularité digne d'être notée. On peut suivre son développement aux dépens du tissu fibreux central. Il se forme dans ce tissu des îlots de cellules adipeuses qui repoussent les travées fibreuses, et plus tard les font complètement disparaître en se substituant à elles.

Ce résumé de l'examen de la tumeur permet d'en faire le diagnostic anatomique. Il s'agit d'un fibrome, développé dans un muscle, et ayant subi à sa périphérie l'évolution adipeuse.

OBSERVATION III

Lipome intra-musculaire. Farabeuf. Bulletin de la Soc. anat. 1875, 3^e série, t. X, p. 100.

Cette pièce recueillie à l'Ecole pratique est un exemple peut-être unique de lipome intra-musculaire. Cette petite tumeur, évidemment graisseuse, était développée dans le couturier, au-dessous de l'aponévrose, entre les fibres musculaires elles-mêmes.

OBSERVATION IV

Lipomes intra-musculaires symétriques. Rémy, Ch. *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, 4^e série, t. I, p. 136.

Le 11 janvier 1876, un homme de 60 ans, palefrenier, entre dans le service de M. Labbé, à la Pitié, pour y être soigné des suites d'une chute.

Il présente diverses affections : 1^o une arthrite sèche de l'articulation scapulo-humérale droite ; 2^o un épanchement sanguin dans la bourse séreuse olécrânienne gauche, qui est enflammée ; 3^o les signes d'une bronchite chronique ; 4^o une affection des muscles sur laquelle je veux surtout insister.

Ce malade, très amaigri, n'a presque pas conservé de tissu cellulaire sous-cutané, sa peau se moule nettement sur les muscles sous-jacents.

Lorsque le biceps brachial droit est en contraction, on est frappé de sa configuration extraordinaire. Au niveau de l'union de la longue portion du biceps avec les fibres musculaires, se forme une saillie conique, haute de deux centimètres, et large comme une pièce de deux francs. Cette tumeur n'est pas adhérente à la peau qui glisse sur elle, mais elle paraît faire corps avec le muscle lui-même dont on ne peut la détacher. Néanmoins, elle n'offre pas la même consistance que le corps du muscle et elle donne la sensation pseudo-fluctuante et molle du lipome, tout en présentant plus de dureté.

La saillie de cette tumeur disparaît presque complètement dans l'état de repos, mais on peut encore constater sa présence dans l'épaisseur du muscle, au niveau du biceps brachial gauche, dans

un point presque exactement symétrique avec la lésion du côté droit. Vers le milieu des fibres charnues de la longue portion du muscle, se remarque une seconde tumeur qui présente des caractères à peu près identiques. Cette tumeur fait saillie pendant la contraction musculaire ; plus petite, elle a la forme et le volume d'une amande et donne tout à fait la sensation du lipome. Elle est libre d'adhérences avec la peau et paraît renfermée dans l'aponévrose d'enveloppe du muscle, pendant le repos duquel ses caractères ne changent pas. Ces deux tumeurs, symétriques, parfaitement indolores, avaient passé inaperçues du malade jusqu'à cette heure et l'époque de leur apparition ne peut être fixée. Aucune autre tumeur musculaire ne fut découverte après un examen attentif.

Ces tumeurs furent l'objet de plusieurs diagnostics : parasites des muscles, gomme syphilitique, hernie musculaire, lipomes intra-musculaires, mais la discussion ne peut porter que sur les deux dernières hypothèses. Or, la hernie musculaire, produite pendant la contraction, se réduit spontanément à l'état de repos du muscle : mais ici, au contraire, il s'agissait d'une tumeur qui persistait même pendant la flaccidité du muscle.

La contusion du coude de ce malade devint compliquée. la bourse séreuse suppura, fut ouverte, et la plaie se couvrit de pourriture d'hôpital. Le 1^{er} février 1876 survint un frisson, une fièvre vive avec une température très élevée (40°, 1), un point de côté à droite, de la toux et, les jours suivants, parurent les signes certains d'une pneumonie fibrineuse droite ; submatité de la base du poumon, souffle rude, râles crépitants, crachats visqueux, langue sèche ; délire. Le malade mourut le matin du 9 février 1876.

Autopsie. — Les muscles biceps du sujet contenaient de petites tumeurs aux deux points déjà signalés pendant la vie. A gauche, sous l'aponévrose d'enveloppe du muscle, apparaît une petite tumeur nettement limitée, en forme d'amande, et de couleur jaune

qui écarte les fibres musculaires superficielles et se prolonge dans l'épaisseur, comme on peut s'en assurer en ouvrant le muscle par sa face postérieure. Après l'incision de la tumeur, il est évident qu'il s'agit d'un lipome développé dans le tissu cellulaire interstitiel des fibres musculaires.

La tumeur du biceps droit était plus dure, de couleur blanchâtre, fibreuse, elle adhérait intimement aux fibres musculaires et à l'aponévrose : sur une incision, elle ne présentait pas de traces de graisse, néanmoins cette tumeur nous paraît résulter de la transformation fibreuse d'un lipome, comme cela s'observe souvent.

OBSERVATION V

Lipome intra-musculaire, développé dans la gaine du vaste interne. Monod
Bull. de la Soc. anat., 1876, 4^e série, t. I, p. 505.

M. X..., âgé de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Il y a un mois, il s'aperçut par hasard, en portant la main sur la cuisse gauche, qu'il portait à la partie antérieure et interne de cette région une tumeur de la grosseur d'un gros poing d'adulte. Il n'en avait jamais souffert. La tumeur était molle, fluctuante ou pseudo-fluctuante ; elle faisait manifestement corps avec le vaste interne, car elle était immobile en même temps que plus saillante pendant la contraction de ce muscle. La consistance n'était pas égale dans tous les points ; on sentait en palpant profondément, des parties plus résistantes. M. Desprès, d'accord avec le médecin de M. X..., n'hésita pas à lui proposer une opération, dans la crainte qu'on eût affaire à une tumeur fibro-plastique. Malgré cette crainte, que justifiait le développement rapide de la tumeur, M. Desprès avait émis d'autres hypothèses sur la

•

nature possible du mal, c'est-à-dire celle d'un kyste hydatique, d'un lipome, et enfin d'un hématome transformé, en raison d'une chute violente que le malade avait faite quelques années auparavant. M. Richet, que M. X... consulte, diagnostiqua un lipome fibreux, et conseilla également l'opération. Celle-ci ne présenta aucune difficulté : après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, M. Desprès arriva sur la gaine du vaste interne qui fut ouverte ; c'est seulement après l'incision d'une couche fibromusculaire que la tumeur apparut : elle s'était creusée une vaste loge dans l'épaisseur même du muscle. Elle se composait de deux lobes superposés, dont l'inférieur se prolongeait profondément dans le muscle, tandis que le supérieur formait seul la saillie appréciable à l'extérieur. La tumeur enlevée entièrement par énucléation pesait 430 grammes. A la surface de la membrane d'enveloppe adhéraient quelques fibres musculaires disséminées. Elle avait tous les caractères d'un lipome franc : l'examen histologique, fait par M. Charles Monod, a confirmé ce diagnostic.

OBSERVATION VI

Lipome intra-musculaire du grand pectoral. Hartmann, H. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, 5e série, t. I, p. 728.

Sur une vieille femme, nous avons trouvé, à l'Ecole pratique, développé dans l'épaisseur du muscle grand pectoral du côté gauche, un petit lipome, bien nettement intra-musculaire. Ce lipome du volume du pouce, allongé suivant l'axe des fibres musculaires, était développé dans la portion du grand pectoral sous-jacente à la mamelle, dont il était complètement indépendant. Une mince couche musculaire recouvrait ses deux faces et per-

mettait de voir par transparence la coloration jaune de la tumeur parfaitement encapsulée.

Nous avons cru intéressant de présenter ce lipome à cause du peu de fréquence des lipomes intra-musculaires, et aussi à cause de son siège, immédiatement au-dessous de la région mammaire.

La mamelle du côté opposé contenait un cancer squirrheux avec dégénérescence des ganglions axillaires correspondants.

OBSERVATION VII

Lipome intra-musculaire. Lyot et Gautier. *Bull. de la Soc. anat.*, 5^e série, t. I, p. 835.

La tumeur que nous présentons est un lipome intra-musculaire enlevé par le professeur Duplay.

La tumeur, dépassant le volume du poing, avait commencé à grossir depuis un an; elle siégeait sur la face antérieure de la cuisse, était mobile transversalement, et à peu près fixe dans le sens longitudinal.

Elle donnait une sensation de fluctuation manifeste. Pour l'enlever, on incisa la peau, la couche grasseuse sous-cutanée, et l'aponévrose de la cuisse.

C'est alors qu'on put séparer avec les doigts une tumeur fusiforme, aux deux extrémités de laquelle se rendait le muscle droit antérieur de la cuisse, dont les fibres s'épalaient à la surface de la tumeur.

Le muscle était d'ailleurs notablement atrophie, et deux lobes de la tumeur faisaient saillie entre ses fibres. On le coupa à ses deux points d'attache sur la tumeur.

A l'incision de ce lipome, on trouva de la graisse très diffluent, disposée en feuillets parallèles à l'axe du muscle. Il n'y a pas de fibres musculaires à l'intérieur, mais ce lipome n'est pas non plus encapsulé, et sur des coupes au microscope on peut voir les cellules adipeuses en contact immédiat avec les fibres musculaires de la périphérie et s'insinuant même parfois entre elles.

Ajoutons que nous avons un lipome pur, sans tissu muqueux.

OBSERVATION VIII

Lipome intra-musculaire. Calot. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, 5^e série, t. II, p. 934.

Ce lipome a été trouvé sur un sujet de l'Ecole pratique ; je rappelle, à ce propos, que le premier lipome intra-musculaire présenté devant la Société anatomique par M. Farabeuf, alors professeur (1875), provenait également de l'Ecole pratique.

Ce lipome est situé sur le biceps du côté droit, un peu au-dessus de la partie moyenne du muscle, et à sa face antérieure ; on reconnaît facilement qu'il siège sur le prolongement de la longue portion du biceps.

Il est ovoïde, à grand diamètre vertical, c'est-à-dire suivant la direction des fibres du muscle.

Il fait en avant du plan des fibres charnues une saillie assez marquée, et la loge musculaire dans laquelle il est couché n'embrasse guère que sa moitié postérieure.

La tumeur mesure 6 à 7 centimètres dans le sens vertical ; 4 à 5 dans le sens transversal et 4 dans le sens antéro-postérieur.

Au devant de sa face antérieure vient passer une membrane d'aspect rougeâtre, ayant la disposition d'une aponévrose. Mais par une dissection minutieuse, l'on peut séparer deux plans

distincts dans cette enveloppe : l'un, antérieur, véritablement aponevrotique, se continuant avec l'aponévrose du muscle ; l'autre, profond, représenté par ses fibres rougeâtres étalées en membrane et se continuant au contraire en haut et en bas avec les fibres charnues. D'ailleurs l'examen microscopique de cette membrane a permis d'affirmer qu'elle était composée de fibres musculaires.

Il s'agit donc bien d'un lipome intra-musculaire ; il est facilement séparable de sa loge charnue, surtout à son pourtour si ce n'est en arrière et en haut, au niveau d'une travée interfasciculaire à laquelle il adhère par un pédicule ayant les mêmes caractères que son tissu propre.

OBSERVATION IX

Lipome du muscle sous-épineux. Lejars. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, 3^e série, t. IV, p. 58.

Il s'agit d'un lipome mou, ovoïde, à grand axe transversal, légèrement bombé, d'environ 6 centimètres de long, sur 3 cent. 1/2 de large, qui siégeait dans l'épaisseur du muscle sous-épineux gauche, très près de sa face profonde. On ne retrouvait, en effet, sous la tumeur graisseuse qu'une mince lamelle musculaire. A travers les parties molles de la région, le lipome donnait une fluctuation manifeste et le muscle qui l'encapsulait achevait de lui imprimer tous les caractères extérieurs d'une collection liquide.

Le sujet (qui servait aux directions de l'Ecole pratique) portait un ancien mal de Pott guéri, et certainement, à une époque antérieure, on eût pu prendre la tumeur fluctuante de la fosse sous-épineuse pour un abcès froid.

OBSERVATION X

Lipome intra-musculaire du grand dorsal. Observation inédite, due à l'obligeance de M. Mermet (1), interne des hôpitaux.

F... Marie, 42 ans, ménagère, entre le 25 avril 1894, à l'hôpital Saint-Louis, salle Gosselin, n° 25, dans le service de M. Marchand.

Antécédents. — Cette femme a toujours joui d'une excellente santé, n'a jamais eu de maladies graves.

Depuis deux ans, elle s'aperçoit au niveau de la région axillaire postérieure droite d'une tuméfaction qui, sans être douloureuse, lui cause cependant une certaine gêne.

Depuis six mois, sans cause connue, la tumeur a singulièrement augmenté de volume; aussi la malade entre à l'hôpital et demande instamment à être débarrassée de cette incommodité.

Etat actuel. — La tumeur pour laquelle elle réclame une intervention est peu douloureuse; ce n'est seulement que dans certains mouvements du bras que la malade se trouve gênée. Aussi les symptômes principaux sont-ils plutôt de la gêne des mouvements que de véritables douleurs: c'est ainsi que l'extension et l'abduction du bras sont plus limités du côté correspondant à la tumeur.

A l'examen de l'aisselle droite, on trouve au niveau de sa partie inférieure, en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate, une tumeur profondément située, du volume d'un œuf de dinde, non douloureuse à la pression, pseudo-fluctuante, oblongue comme

1. Nous tenons ici à remercier M. Mermet, interne des hôpitaux, pour l'extrême amabilité qu'il a mis à nous communiquer cette observation.

forme, à direction générale oblique en haut et en avant, mobile dans le sens vertical, immobile dans le sens de son grand axe ; la peau et le tissu cellulaire sont mobiles à sa surface : la tumeur est elle-même mobile, avec la couche musculaire, sur les plans sous-jacents. Telles sont les sensations perçues lorsque le bras est rapproché du tronc.

Lorsque celui-ci est en abduction et en élévation, les caractères de la tumeur se modifient légèrement : on peut alors en bien déterminer le siège exact, elle paraît située sur le trajet et dans l'épaisseur du muscle grand dorsal. En effet, lors de cette situation du bras, la tumeur a tendance à diminuer de volume ; en tout cas, elle est moins appréciable. Si on essaye de la mobiliser suivant le sens des fibres musculaires, on voit que la tumeur est fixe ; dans le sens opposé au contraire elle est relativement mobile avec le plan charnu du muscle. La consistance est également modifiée : elle est ferme, élastique et non pseudo-fluctuante comme tout à l'heure.

Opération. — Le diagnostic de lipome intra-musculaire du grand dorsal est posé et l'opération décidée. Elle est pratiquée le 27 avril : incision horizontale, légèrement oblique, parallèle au grand axe de la tumeur et sur ce grand axe même ; incision de l'aponévrose.

On arrive alors sur le muscle grand dorsal et on aperçoit aussitôt, revêtue par les fibres les plus superficielles du muscle, une tumeur lipomateuse, située en plein muscle, non encapsulée franchement, donnant naissance à ses deux extrémités à des fibres musculaires.

Jambonnage phéniqué, suture du muscle au catgut, de la peau au crin de Florence.

Guérison 8 jours après.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur du volume d'une grosse mandarine est oblongue : elle est limitée par une capsule

cellulo-fibreuse extrêmement mince. La surface est lobulée, sa coloration jaunâtre, sa consistance mollassse; elle donne au doigt une crépitation manifeste.

A la coupe, la tumeur présente l'aspect d'un lipome mou typique : on la voit formée de lobules du volume d'un pois à celui d'une noisette, séparés par des cloisons fibro-celluleuses plus ou moins épaisses : la surface de la coupe est huileuse et jaunâtre. A la capsule adhèrent des fibres striées qui viennent prendre insertion sur elle.

CONCLUSIONS

1° Les muscles de la vie de relation peuvent être envahis primitivement par le tissu graisseux (lipomes primitifs intra-musculaires).

2° Ces faits sont rares : nous n'avons pu en réunir que dix observations.

3° L'étude étiologique ne nous apprend rien de bien net sur ce sujet.

4° Au point de vue anatomo-pathologique, le lipome intra-musculaire est le plus souvent du lipome vrai ; quelquefois du fibro-lipome.

5° Le siège de la tumeur est très variable, elle paraît atteindre de préférence les muscles qui fonctionnent le plus, les muscles des membres en particulier.

6° Comme symptomatologie, le lipome intra-musculaire a les caractères généraux de toutes les tumeurs primitivement intra-musculaires. Il possède quelques caractères propres sur lesquels nous avons

suffisamment insisté et qui permettent généralement d'en faire le diagnostic.

7° Le pronostic est bénin.

8° La seule thérapeutique est l'extirpation antiseptique, minutieuse et complète de la tumeur.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

